2e Année. — N° 12. 1 franc le Numéro. 1er Juillet 1881.

REVUE MENSUELLE

DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

Paraissant le 1er de chaque mois

Fondée et publiée par le Dr E.-J. MOURE

ABONNEMENTS :

France . . . . 10f par an.

Étranger . . . . 12 »

BUREAUX :

Rédaction : 28, cours de l'Intendance.

Administon : 16, rue Cabirol, Bordeaux.

Toute demande d'abonnement devra être accompagnée d'un mandat-poste.

Les ouvrages remis en double seront annoncés ou analysés.

Pour tout ce qui concerne la Rédaction,

S'adresser à M. le Docteur E.-J. MOURE, 28, cours de l'Intendance, à Bordeaux;

pour les Annonces et les Abonnements, à M. l'Administrateur, 16, rue Cabirol.

Ce numéro contient 32 pages.

2e Année. N° 12. 1er Juillet 1881

REVUE MENSUELLE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

Contribution à l'étude de la laryngite syphilitique (1).

par le Dr E. J. Moure.

Sans avoir l'intention de faire ici une monographie complète sur la laryngite syphilitique, sans vouloir entrer dans la description des symptômes et des lésions que peut offrir cette maladie, nous pensons, cependant, qu'il ne sera pas inutile de résumer en quelques mots l'état de la science sur certaines particularités de cette affection, et aussi de faire suivre nos observations de quelques remarques, qui viendront peut-être ajouter à l'intérêt qu'elles peuvent présenter par elles-mêmes.

Tous les praticiens qui se sont adonnés à l'étude des affections laryngiennes savent que les laryngopathies syphilitiques sont peut-être, de toutes les maladies de l'organe vocal, celles qui ont donné lieu aux plus nombreuses discussions,

(1) Travail communiqué à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, dans la séance du 4 juin 1880.

celles qui ont longtemps divisé et divisent encore les auteurs qui se sont occupés de la question. Depuis l'emploi du laryngoscope, qui a ouvert aux observateurs de nouveaux champs d'étude et qui a révélé toute une pathologie à peu près inconnue jusqu'alors, a commencé une lutte interminable qui s'est prolongée jusqu'à nos jours et dont nous allons esquisser à grands traits les principales phases.

Dès le début, beaucoup d'auteurs, jugeant de parti-pris, voyaient dans le miroir laryngien toutes sortes de lésions dont ils faisaient la reproduction exacte des manifestations cutanées de la vérole. C'est ainsi que presque au commencement de la période laryngoscopique, en 1864, MM. Dance et Cusco (1) avaient presque adopté, pour le larynx, la classification des lésions de la peau chez les syphilitiques; ils décrivaient une roséole, des plaques muqueuses, des papules, des pustules, des tubercules et des gommes qui ressemblaient de tous points à ces mêmes manifestations observées sur le tégument externe; cette opinion fut ensuite reproduite par bon nombre d'auteurs, et même par M. Rollet, qui, dans son article du *Dictionnnaire encyclopédique des Sciences médicales* (*laryngite syphilitique*), lui accorde toute créance. Puis survint le parti opposé, dont les opinions ont été résumées dans l'excellent travail de M. Ferras (2). Après avoir combattu et renversé la solidarité des lésions de la peau et des muqueuses instituée par ses prédécesseurs, M. Ferras a cru bon de revenir sur les classifications adoptées jusqu'alors et de ne laisser subsister que deux formes de laryngites syphilitiques, basées sur la présence ou l'absence d'ulcérations dans le larynx, d'où les dénominations de *laryngites ulcéreuses* et *non ulcéreuses* proposées par cet auteur. Mais toutes les manifestations de la syphilis ne s'accommodaient pas facilement d'une division aussi arbitraire, et il existait surtout une lésion, la plaque muqueuse, que l'on ne pouvait classer dans aucun des cadres indiqués par l'auteur. Aussi M. Ferras a-t-il cru plus facile d'en nier l'existence, s'exprimant en ces termes : « A Saint-Antoine, à Saint-Louis, au Midi, à Lourcine, où nous avons examiné près de 100 syphilitiques, nous n'avons pu trouver qu'un seul cas où, à la face

(1) *Éruptions du larynx dans la syphilis*. Th. Paris, 1861.

(2) *De la laryngite syphilitique*. Th. Paris 1872.

interne des éminences aryténoïdes, nous *avons bien cru voir* une plaque muqueuse (1). »

Le regretté docteur Isambert, tout en admettant difficilement l'existence de ces lésions du côté du larynx, n'était cependant pas aussi affirmatif que son élève (2) : « La plaque muqueuse, dit ce maître, ne fait pas défaut dans le larynx, et la muqueuse laryngienne ne possède pas d'immunité contre une pareille lésion ; nous accordons cela, et nous n'avons jamais été aussi absolu que M. Ferras dans notre négation. »

Frappés du désaccord qui semblait exister entre les observateurs précédents, MM. Krishaber et Mauriac (3) se sont à leur tour livrés à de nouvelles recherches sur ce sujet intéressant, et ont publié en 1875 le résultat de leurs observations, recueillies dans les vastes champs d'étude de l'hôpital du Midi. Sur quatorze cas de laryngopathies syphilitiques secondaires, ces auteurs ont constaté dix fois la présence de plaques muqueuses en divers points de l'organe vocal.

Nous pourrions bien ajouter que le docteur Isambert (4) a essayé de reprendre et de combattre pas à pas les faits signalés par ses deux collaborateurs, qu'il a voulu renverser leurs conclusions, surtout en ce qui concerne l'existence des plaques muqueuses ; mais il a été obligé lui-même de clôre le débat en faveur de ses adversaires, en avouant qu'au moins deux de leurs observations (p. 234) étaient pleinement satisfaisantes. L'existence des plaques muqueuses dans le larynx est donc aujourd'hui entièrement démontrée et admise sans conteste par la plupart des auteurs qui en donnent la description dans leurs ouvrages ou qui en ont signalé quelques observations. Nous avons eu nous-même l'occasion d'observer plusieurs fois cette lésion, dont nous allons rapporter ici un nouvel exemple. Quant à la classification à adopter pour les manifestations laryngées de la vérole, sans vouloir établir le moindre parallélisme entre les accidents de la peau et du larynx, nous pensons, néanmoins, que l'on doit conserver les dénominations de *laryngites secondaires* et *tertiaires*, qui permettent de classer dans un

(1) *Loc. cit.*, p. 44.

(2) *Confér. cliniques*, p. 139. Paris, 1877.

(3) *Des laryngopath. syphil. pendant les premières phases de la syph.* (*Ann. or. et lar.*, t. I, p. 56.)

(4) *Syphil. second. dans le larynx.* (*Ann. or. et lar.*, t. II, p. 227).

premier cadre les accidents rapprochés de la période d'invasion, tels que l'*érythème*, les *plaques muqueuses*, les *paralysies*, et, dans le second, des manifestations qui sont l'indice d'une affection invétérée, telles que les *ulcérations*, les *gommes*, les *caries* et les *nécroses*. On pourra bien nous objecter que les ulcérations débutent généralement par nne simple rougeur n'offrant par elle-même aucun caractère spécial qui fasse présumer de la grave lésion dont elles ne sont que le symptôme précurseur ; mais, appuyés sur des faits déjà assez nombreux, nous nous croyons autorisés à dire que, *même sans traitement*, l'érythème de la période secondaire ne dépassera qu'exceptionnellement les limites de la rougeur, tandis que, à une époque plus éloignée de l'infection syphilitique, il ne sera que le début d'une lésion plus grave. Du reste, pour le larynx comme pour tous les autres organes, les manifestations secondaires de la vérole sont limitées aux couches superficielles, à l'écorce des parties atteintes, et jamais durant cette période on ne rencontre de ces productions conjonctives connues sous le nom de *gommes*, qui sont l'apanage de la période tertiaire.

Les accidents secondaires ne laissent aucune trace de leur passage, aucune destruction organique, aucune cicatrice. S'ensuit-il que les accidents de la période tertiaire seuls offrent quelque gravité et puissent compromettre la vie des malades? Telle ne saurait être notre manière de voir, puisque, pendant l'éruption des accidents secondaires, l'œdème ou plutôt le gonflement inflammatoire peuvent venir compliquer une lésion en apparence bénigne et la rendre rapidement mortelle, si un traitement actif ne vient enrayer les progrès de la maladie. Mais, nous ne craignons pas de le répéter, les dénominations de *laryngite secondaire* et *tertiaire* sont entièrement basées sur l'époque où apparaissent les accidents, sur leur nature et leur siège à la surface ou dans la profondeur des tissus.

Observation I.

Ulcération syphilitique du repli thyro-aryténoïdien droit. — Parésie de la corde vocale inférieure gauche.

Le 17 octobre dernier, le nommé Paul C..., âgé de trente-trois ans, exerçant la profession de garçon boucher, vint

nous consulter, pour un enrouement assez prononcé, enrouement qui était accompagné d'une salivation abondante et de douleur au niveau du larynx.

Antécédents héréditaires. — Le père du malade jouit encore d'une bonne santé ; sa mère serait morte de tuberculose pulmonaire à l'âge de trente-trois ans ; il a trois frères bien portants.

Antécédents morbides. — Gourme et écoulement des deux oreilles durant son enfance ; en 1869, il y a dix ans environ, il fut atteint *d'un chancre* occupant la partie supérieure du gland, pour lequel il fut traité à l'hôpital du Midi. Après avoir parcouru les différentes phases de la période secondaire : roséole, plaques buccales, chute des cheveux, le malade sortit de l'hôpital après un séjour de trois mois. Soigneux de sa personne et intelligent, il nous dit n'avoir vu survenir aucun accident jusqu'au mois de mai 1878 ; à cette époque, il fut atteint d'une bronchite suivie d'aphonie, pour laquelle il fut traité à l'hôpital Lariboisière, où l'examen laryngoscopique ne fut point pratiqué, mais où, basé sur ses antécédents spécifiques, on lui administra du sirop de Gibert et de l'iodure de potassium. Après neuf mois de traitement, le malade sortit amélioré, mais sa voix avait encore conservé un certain degré de raucité qui existait encore le 15 mai 1879, jour où il se présente une première fois à notre examen ; il nous fut facile de reconnaître que la dysphonie était due à une paralysie presque complète de la corde vocale inférieure gauche ; cette dernière, pendant la phonation, au lieu de venir se placer à côté de sa congénère, décrivait un arc de cercle à concavité en dedans, laissant un espace d'environ 4 millimètres dans sa plus grande largeur ; il n'existait ni rougeur, ni ulcération. On institua un traitement général : sirop de Gibert, iodure de potassium, bains sulfureux, et nous fîmes une première séance d'électrisation directe.

Le malade fut ensuite obligé de s'absenter ; mais il nous affirma que vers le mois de juin sa voix était devenue normale, que le timbre n'offrait plus aucune modification, et que cette amélioration avait persisté jusque vers la fin du mois de septembre; à ce moment, sa voix s'était de nouveau enrouée, et, depuis quinze jours environ, il éprouve, dit-il, au niveau du larynx, *des douleurs réveillées par la pression et surtout par la déglutition*, douleurs pour lesquelles il

revient près de nous. Son état général paraît toujours excellent, mais sa voix offre un caractère de dureté désagréable à l'oreille ; il semble que le malade ne parle qu'au prix de grands efforts.

L'examen pratiqué à ce moment (17 octobre 1879), nous fait reconnaître que le voile du palais et le pharynx n'offrent rien d'anormal; l'épiglotte et la base de la langue sont absolument saines ; mais, dans le tiers postérieur et interne du repli aryténo-épiglottique droit, nous constatons la présence d'une ulcération grisâtre, mamelonnée, de forme ovalaire, mesurant environ 8 millimètres de long et 4 de large, s'avançant jusque vers le milieu du repli aryténoïdien de ce côté, dont elle occupe presque toute la partie postérieure. La surface de cet ulcère rappelle assez bien l'aspect d'une mucosité ; débarrassée, à l'aide d'une éponge, de la sécrétion qui la recouvre, elle présente une surface gaufrée, légèrement anfractueuse, dont les bords se détachent nettement de la muqueuse environnante, qui est un peu épaissie, d'aspect induré et d'un rouge cerise, atténué par un léger glacis jaunâtre. Le gonflement des parties voisines *est limité* à la portion de la muqueuse qui est presque en contact avec l'ulcération ; la corde vocale inférieure de ce côté est à peine rosée à sa partie postérieure ; tout le côté gauche du larynx est absolument sain.

Ajoutons que les ganglions sous-maxillaires sont légèrement engorgés ; de plus, l'examen de la poitrine révèle l'intégrité absolue des organes thoraciques.

On institue le traitement indiqué plus haut et nous pratiquons, tous les trois jours, un attouchement de l'ulcère avec une solution de nitrate d'argent au 1/40.

24 octobre. L'aspect de l'ulcération est moins grisâtre ; on aperçoit par place des points de muqueuse rouge ; les bords sont un peu affaissés et se distinguent moins nettement du reste de la muqueuse. Les douleurs à la déglutition ont beaucoup diminué.

30. — L'ulcère continue à se déterger ; il ne reste plus que quelques points grisâtres ; dans toutes les autres parties, la muqueuse est hypérémiée ; le gonflement de la partie postérieure du repli aryténo-épiglottique a beaucoup diminué ; le malade avale facilement.

3 novembre. — La lésion ulcéreuse est remplacée par une

simple rougeur diffuse, mais plus marquée au point qu'elle occupait. La voix est devenue plus claire, sans être encore absolument normale; un examen attentif de l'organe vocal permet de reconnaître que la corde vocale inférieure gauche est plus paresseuse que sa congénère, et, pendant les efforts de phonation, elle ne s'affronte pas entièrement avec le ruban vocal du côté droit. A partir de ce moment, nous remplaçons les cautérisations au nitrate d'argent par un attouchement avec une solution de chlorure de zinc au 1/50, et nous continuons tous les deux jours jusqu'au 13 novembre. Alors, il est absolument impossible de reconnaître la partie du larynx atteinte par l'ulcération ; la phonation est normale, au dire du malade, qui vient moins régulièrement subir les séances d'électrisation.

Nous revoyons le malade le 30 décembre pour la dernière fois. A ce moment, la corde gauche n'a pas encore *entièrement* recouvré sa mobilité. Elle est simplement un peu paresseuse.

Cette observation nous a paru intéressante à plus d'un point de vue. D'abord l'ulcération laryngienne que présentait ce malade était loin d'offrir les caractères classiques des lésions syphilitiques de cette nature : au lieu de revêtir une forme irrégulière, serpigineuse, d'être située dans la profondeur des tissus, *avec des bords taillés à pic*, d'offrir une surface végétante et sanieuse (1), cette ulcération était *régulièrement* ovalaire, *faisait saillie* au-dessus de la muqueuse environnante; sa surface était légèrement mamelonnée, gaufrée, mais assez régulière. En un mot, l'aspect, la forme, le siège même de cette lésion à la partie postérieure du larynx, donnaient lieu de penser tout d'abord à une manifestation de la diathèse tuberculeuse.

Le diagnostic a surtout été fait d'après les antécédents spécifiques du malade et d'après la localisation de la lésion en un seul point de l'organe vocal ; il est extrêmement rare de trouver dans la phtisie laryngée une lésion unique, aussi bien limitée; la région inter-aryténoïdienne, les cordes vocales participent généralement à l'inflammation et sont

(1) Les ulcérations syphilitiques de la région aryténoïdienne, dit Isambert (*loc. cit.*, p, 154), présentent un fond plat et gris et sont entourées, le plus ordinairement, d'un cercle œdémateux qui en *augmente la profondeur*.

le siège d'altérations variables; les tissus sont décolorés, anémiés, d'aspect ramolli, plutôt qu'hypérémiés et indurés.

Le cancer offre bien des lésions localisées en un point du larynx ; mais il est d'autres caractères qui permettent de ne point le méconnaître, arrivé à cette période de son développement (1).

Le second point important de cette observation est la douleur à la pression et à la déglutition qu'a présenté ce malade ; d'après certains auteurs, il est presque de règle que les ulcérations syphylitiques sont indolores, et par ce fait, souvent très graves, puisque le malade ne s'aperçoit souvent de la localisation de la diathèse au larynx que par l'altération de sa voix, qu'il attribue même quelquefois à un rhume ou à toute autre cause banale. Turck, en signalant le *siège de prédilection de l'ulcère syphilitique sur l'épiglotte,* ajoute que ces lésions, même très étendues, sont compatibles avec une déglutition facile (2).

Telle n'est pas aujourd'hui notre manière de voir. Nous avons pratiqué en 1879 l'examen laryngoscopique chez une malade (de l'hôpital Saint-Louis, à Paris) qui avait une dysphagie considérable, occasionnée par la présence de trois gommes ulcérées, assez volumineuses, occupant la partie postérieure du larynx, et chez laquelle la pression et la déglutition réveillaient une douleur si considérable, qu'elle laissait s'écouler la salive de la bouche pour éviter un mouvement de déglutition. Dans l'observation que nous venons de relater, la douleur existait également et le siège de l'ulcère à la partie postérieure du repli aryténo-épiglottique droit suffit, selon nous, pour expliquer la présence de ce symptôme, que l'on doit retrouver à un degré plus ou moins considérable presque toutes les fois que l'ulcération n'est pas *entièrement intra-laryngée.*

Il est aisé de comprendre que lors de l'accomplissement de l'acte qui consiste à avaler, les mouvements d'ascension du larynx déterminent des frottements répétés des parties ulcérées, frottements qui irritent leurs surfaces et les rend douloureuses ; les aliments, par leur passage, sur les ulcé-

(1) Pour de plus amples détails, voir notre travail *sur le diagnostic de la syphilis et de la phtisie laryngée* (p. 100 et suiv.)

(2) Turck. *Recherches cliniques sur les maladies du larynx,* p. 20, Paris, 1862.

rations, viennent apporter une nouvelle cause de douleur, moins intense que la précédente, au dire des malades, qui redoutent surtout d'avaler les liquides ou leur salive (1).

Enfin, il est inutile d'ajouter que la pression exercé une *action directe* sur les parties de la muqueuse altérée.

Terminons ces quelques remarques en faisant observer que, près de six mois avant l'ulcération de la bande ventriculaire droite, notre malade avait présenté une paralysie des constricteurs du larynx, du côté gauche, paralysie qui avait reparu ou même persisté, quoique à un degré moindre, jusqu'au moment où il fut l'objet d'un second examen de notre part. Sans vouloir rechercher le mode de production de cette paralysie survenue neuf ans après l'infection primitive, sans que l'on ait pu constater sur le trajet du recurrent gauche aucune altération capable d'expliquer sa présence, nous nous bornerons à relever le fait même de la paralysie de la corde gauche pour l'ajouter aux observations de ce genre publiées par M. Poyet (2) (observation IX), Mackensie (cité par Poyet, observation V) Libermann (3) et Lemarchant (4).

Turck (5), dans son chapitre des paralysies du larynx (Thèse de Simian, page 30), avait déjà pensé que la syphilis pourrait être la cause d'une paralysie de la corde vocale *gauche* et de l'oculo-moteur de ce côté chez une malade qu'il avait en traitement à cette époque. Le docteur Libermann, dans ses Conférences de laryngoscopie au Gros-Caillou, a cherché à établir que les *paralysies d'origine syphilitique sont toujours unilatérales*, et frappent le plus souvent la corde vocale gauche, conclusions qui semblent confirmées par les faits, encore peu nombreux, signalés jusqu'à ce jour (6).

(1) Ce symptôme est surtout très accusé dans la laryngite tnberculeuse ulcéreuse.

(2) Poyet. *Des paralysies du larynx*. Th. Paris, 1877.

(3) Libermann (cité par Symian in Th. Paris, 1877 : *Contribut, à l'étude de laryng. syph. tertiaire.*)

(4) Lemarchant. *Des paralysies du larynx* (observation XX). Th. Paris, 1879.

(5) *Klinik der Krankheiten der Kehlkopf.*, p. 468.

(6) M. Poyet a toutefois signalé un cas de paralysie de la corde vocale droite (observation VIII, *loc. cit.*) d'origine *probablement* syphilitique (?) survenue vingt ans après l'accident primitif.

Observation II.

Érythème des cordes vocales inférieures. — Plaques muqueuses laryngiennes.

Le nommé B... (Alfred), âgé de vingt-sept ans, étudiant en pharmacie, vint nous consulter le 29 janvier 1880, pour un léger degré d'enrouement. Ce malade nous dit avoir eu au mois d'août 1879, à la partie inférieure du gland, un chancre induré qui fut suivi de roséole, d'éruption pustuleuse à la peau et de croûtes dans les cheveux, et, plus tard, au mois de décembre, d'angine spécifique. Depuis une dizaine de jours environ, il a également remarqué que le timbre de sa voix se modifiait peu à peu et devenait rauque.

L'examen du malade permet de constater la présence de plaques opalines, confluentes et ulcérées, occupant le bord libre du voile palatin et ayant envahi, sur les parties latérales, la face interne des deux amygdales et la paroi antérieure du pilier postérieur. Ces plaques sont entourées d'un liseré carminé très intense qui tranche sur les autres parties de la muqueuse. La luette, presque doublée de volume et d'un rouge cerise intense, présente à son union avec le voile du palais une plaque opaline, non ulcérée et d'aspect grisâtre. Le pharynx est parsemé de grosses granulations qui n'ont rien de syphilitique.

L'examen laryngoscopique révèle un peu de rougeur de l'épiglotte et un léger état catarrhal des cordes vocales inférieures; mais rien ne peut faire songer à une manifestation syphilitique du côté de cet organe.

La déglutition s'accomplit d'une façon normale; la pression sur le larynx ne réveille aucune douleur; il existe enfin une adénite cervicale et sous-maxillaire très marquée; les ganglions engorgés sont durs, roulants sous le doigt et complètement indolores.

Traitement mercuriel, cautérisations des plaques buccales au crayon de nitrate d'argent et attouchement de ces mêmes plaques par le malade avec de la teinture d'iode.

3 Février. — Le malade n'a commencé le traitement indiqué que la veille; il se plaint d'une gêne à l'arrière gorge, qu'il rapporte au niveau de l'os hyoïde. L'examen

laryngoscopique révèle l'existence d'une plaque opaline, analogue à celle du voile du palais et occupant la partie supérieure du ligament glosso-épiglottique. Cette plaque, d'aspect irrégulier et frangée sur ses bords, est nettement circonscrite par une auréole inflammatoire. Le malade nous avoue que, malgré la défense qui lui a été faite, il a fumé plusieurs cigares qui ont suffi, selon nous, pour déterminer cette petite complication.

Cautérisation de la plaque épiglottique avec une solution de nitrate d'argent au 1/10.

9 Février. — Depuis trois jours la voix du malade est devenue plus rauque. La plaque épiglottique s'est beaucoup affaissée, mais les cordes vocales inférieures présentent, dans toute l'étendue de leur bord libre et sur toute leur surface, au niveau de la commissure antérieure, une teinte vermillonnée très accusée et un léger degré de desquamation épithéliale ; de plus, vers la partie moyenne du ruban vocal du côté gauche, on aperçoit un léger boursoufflement de la muqueuse, dont la surface est érodée en ce point.

Attouchement de l'épiglotte au nitrate d'argent (solution au 1/10) et du larynx avec une solution de nitrate acide de mercure au 1/40.

11. — Les plaques buccales sont en voie de disparition ; une rougeur sombre et intense a remplacé la teinte grisâtre des ulcérations. La plaque épiglottique se dessine moins nettement, mais la teinte opaline persiste en certains points. La saillie de la corde vocale gauche est beaucoup plus accusée, sa surface est irrégulière, un peu déchiquetée ; la muqueuse environnante lui forme un liseré inflammatoire, qui se continue sur le bord libre du ruban vocal. Erythème toujours marqué sur la corde droite.

15. — La saillie de la corde gauche est remplacée par une érosion superficielle de la muqueuse.

Attouchement de cette plaque au nitrate d'argent (solution 1/40).

19. — La plaque épiglottique est presque tout à fait affaissée; elle est divisée en trois îlots opalins séparés par des parties de muqueuse hypérémiée et un peu tuméfiée ; la plaque muqueuse de la corde gauche laisse une trace à peine visible à l'éclairage de la lumière de Drummond ; la mu-

queuse paraît simplement dépolie en ce point ; l'érythème persiste sur toutes les autres portions des rubans vocaux.

23. — Il ne reste sur l'épiglotte qu'une légère teinte rosée, plus marquée dans les points occupés par la plaque muqueuse. Toute trace de lésion de ce genre a disparu sur les cordes vocales.

26. — La phonation s'accomplit d'une façon presque normale ; les plaques buccales et palatines ont complètement disparu ; il est difficile, à l'examen laryngoscopique, de reconnaître le point de la muqueuse épiglottique occupé par la manifestation syphilitique.

Les cordes vocales présentent encore un certain degré de rougeur sur leur bord libre et au niveau de la commissure antérieure (érythème) ; mais leur aspect général est plus lisse et plus uni. Cautérisation au nitrate d'argent au 1/50.

28. — L'amélioration continue à faire des progrès ; l'érythème des cordes persiste seul avec sa ténacité habituelle ; toute trace de plaque muqueuse est aujourd'hui entièrement effacée ; nous revoyons le malade le 15 mars ; il a continué le traitement mercuriel qu'il n'avait pas cessé depuis le début de sa maladie : sa santé générale est excellente et peu influencée par la syphilis ; sa voix est normale et l'érythème des cordes vocales a un peu diminué, surtout au niveau de la commissure antérieure, où il est beaucoup plus pâle.

On a pu voir, dans l'observation précédente, que nous avons peu insisté sur les caractères des troubles fonctionnels, qui ont une importance à peu près nulle pour le diagnostic *de la nature* des lésions qui atteignent l'organe vocal ; un peu de gêne à l'arrière-gorge au début, la raucité de la voix : tels ont été les seuls symptômes accusés par le malade ; tandis que l'examen laryngoscopique nous a, en quelque sorte, permis d'assister à l'éclosion des accidents laryngés, de les suivre dans leur évolution et dans leur marche regressive.

Nous ne pensons pas que l'interprétation des altérations pathologiques observées dans le larynx de notre malade, puisse permettre la moindre hésitation à l'esprit des cliniciens habitués au maniement du laryngoscope ; et l'aspect de ces plaques opalines ou grisâtres, à surface irrégulière, faisant saillie au-dessus de la muqueuse environnante, légè-

rement déprimées à leur centre, entourées d'une auréole inflammatoire, sont des caractères suffisants pour nous permettre de conclure à la présence de plaques muqueuses ayant occupé le repli glosso-épiglottique et la partie moyenne de la corde vocale inférieure gauche.

Si nous cherchons maintenant à élucider la cause occasionnelle qui a présidé à l'apparition des accidents laryngés, nous croyons qu'il faudra surtout admettre ici l'influence nocive de la fumée du tabac chez un malade prédisposé et déjà atteint d'angine spécifique.

Enfin, on a pu voir dans l'observation qui précède que la laryngopathie de notre malade, survenue cinq mois et demi après l'infection primitive, obéissant à la loi d'évolution naturelle des accidents secondaires de la vérole, a fini par disparaître, cédant à l'influence combinée du traitement général et du traitement local, qui a surtout consisté en attouchements des plaques avec une solution iodée et avec des solutions de nitrate d'argent au 1/10 et au 1/40, topiques qui nous ont paru mériter la préférence dans les affections de cette nature.

Dr E.-J. MOURE.

CLINIQUE DU Dr CH. FAUVEL

Tumeur sanguine de la corde vocale droite

Par G. COUPARD, chef de clinique.

M. Levron, vingt-trois ans, employé, 17 rue Capron, se présente le 21 avril 1881 à la clinique du docteur Ch. Fauvel.

Il y a un an environ, à la suite d'un léger refroidissement le timbre de sa voix s'altéra profondément.

Cette altération de la voix ne fit qu'augmenter pendant six mois et depuis cette époque jusqu'à aujourd'hui, elle est restée stationnaire.

Dès le troisième mois, il commença sous son inspiration personnelle quelques traitements qui n'apportèrent aucune modification. Des cautérisations pour angine granuleuse herpétique catarrhale n'eurent pas un meilleur résultat.

Il n'a jamais été malade, et son aspect extérieur est des meilleurs. — Il n'éprouve aucune gêne à la gorge.

Le pharynx est légèrement granuleux, la sécrétion catarrhale peu abondante détermine quelquefois et le matin seulement, de légers *hem* et quelques crachats globuleux se détachant avec facilité.

A l'examen laryngoscopique, l'épiglotte, la muqueuse qui tapisse l'infundibulum laryngien sont rouges.

Les cordes vocales inférieures présentent un état dépoli blanc rougeâtre.

Sur le bord libre de la corde vocale inférieure droite s'insère un polype d'un rouge hémorrhagique, bilobé, occupant le tiers moyen de la corde vocale inférieure droite, sans pédicule : il mesure environ 8 millimètres dans sa plus grande longueur et 6 de largeur.

Ces deux lobes, la tension exagérée de l'enveloppe, sa position toujours élevée nous font penser à un hyste sanguin.

Le premier examen ayant fatigué le malade, je lui prescris, pour combattre l'hypérhémie laryngienne, un thapsia sur le devant de la poitrine et trois paquets de sulfate de soude de 8 grammes, un chaque matin.

Le 25 avril, le malade revient à la clinique, et avec les grosses pinces du docteur Ch. Fauvel, à la première introduction, j'enlève le polype en entier. Les mors de la pince à l'intérieur sont maculés de trois ou quatre gouttes de sang. Sa grosseur est environ moitié moindre.

Un nouvel examen montre la corde rouge avec les débris d'implantation du polype de 1 millimètre de hauteur.

La voix devient immédiatement meilleure.

Le malade revient trois ou quatre fois. Quelques cautérisations au chlorure de zinc au 20e rendent à ses cordes leur blancheur nacrée et à sa voix sa pureté d'autrefois.

G. Coupard.

Des conditions physiologiques de la laryngoscopie

Par le docteur H. Guinier, de Cauterets, agrégé libre, etc.

On croit généralement qu'il n'est donné qu'à un petit nombre de privilégiés de supporter, dans le gosier, le miroir laryngien. Cela est vrai, si l'on s'en tient aux seules impressions de l'instinct, à l'intolérance réflexe de la muqueuse pharyngienne, mais cela devient une erreur, si l'on étudie *les conditions physiologiques de la tolérance gutturale.*

La réalité de la *tolérance de contact* de la *luette*, du *voile du palais* et du *pharynx* en général ne saurait faire doute pour personne. — C'est cette *tolérance normale* du gosier qui permet, chaque jour, l'examen laryngoscopique, l'excision de la luette, celle des amygdales, le massage de ces glandes hypertrophiées, l'introduction de la sonde œsophagienne, la déglutition d'un tube flexible pour le lavage de l'estomac, l'application d'une sonde à demeure dans l'œsophage et l'estomac pour l'alimentation de certains malades dans l'impossibilité de déglutir, et toutes les opérations intra-laryngiennes nécessitées par les altérations de tissu, les polypes, les lésions de toutes sortes dont le siège anatomique se trouve depuis le bord libre de l'épiglotte jusque dans les profondeurs de la trachée. Les sondages, les cautérisations de la glotte et de la trachée ; l'électrisation des cordes vocales, l'écrasement, l'excision, la ponction des tumeurs les moins volumineuses, les plus profondément situées, seraient impossibles par les voies naturelles, si les malades ne pouvaient tolérer l'introduction des instruments par la bouche et le pharynx.

Mais cette tolérance inattendue est soumise à certaines *conditions physiologiques* qu'il importe de bien connaître. Le *maintien voulu* de la respiration y joue un rôle principal (1).

On a lieu de s'étonner qu'une observation aussi simple n'ait pas frappé, dès l'origine, l'attention des promoteurs de

(1) Guinier. — *Le laryngoscope à Cauterets. Etude du gargarisme laryngien.* — 1868 p. 11.
Traitement curatif des maladies de la gorge et du nez.., etc. — 1881. troisième édition, p. 115.
Union médicale 1866, 14 avril (*Insensibilité du pharynx*).

la laryngoscopie ; et il n'est pas sans intérêt de rechercher à quel point ils en sont restés distraits.

Czermak, par exemple, ne s'occupe de la respiration, pendant l'examen laryngoscopique, que pour donner aux parois du pharynx une *position* favorable et nullement pour en vaincre l'impressionnabilité. L'*inspiration profonde*, alternant avec l'émission du son *œ*, n'a pour lui d'autre but que la plus large ouverture du vestibule. Il n'en fait même pas mention quand il s'agit d'obvier à l'intolérance gutturale et il est alors dans un tout autre ordre d'idées.

« On peut, dit-il, *si on ne veut pas employer les narcotiques*, écarter successivement chaque difficulté au moyen d'exercices méthodiques ; ainsi on peut conseiller de rendre l'arrière bouche moins sensible en la mettant fréquemment en contact avec des corps étrangers, etc. *(1)* ; » et en note, il est question du *bromure de potassium.*

Moura (2) développe la pensée de Czermak. Il consacre un paragraphe entier à la *manière de respirer*, uniquement pour préconiser la *respiration buccale* comme favorisant la meilleure *position* des parties. « Cette manière de respirer, dit-il (p. 62), a pour avantage de soulever le voile du palais et de découvrir la paroi du pharynx. » Quant à *l'irritabilité de l'arrière-bouche* dont il s'occupe immédiatement après, « le meilleur moyen de vaincre l'obstacle, dit-il, c'est d'habituer le malade au contact du miroir par *des essais fréquents et répétés* (p. 63). » Et cependant, « la sensibilité de la luette au contact des corps étrangers est encore pour lui, en 1867, *un fait constant* (3) ; elle est quelquefois très exagérée ; elle peut provoquer des contractions dans le pharynx et l'œsophage (p. 27). » Mais comment concilier une sensibilité aussi exquise avec la tolérance tactile indispensable à « des essais fréquents et répétés ? »

Fournié *(4)* admet aussi (1866) des mouvements réflexes par *chatouillement de la luette ;* la respiration profonde n'a pour lui d'autre but que d'empêcher le larynx de faire des mouvements importuns.

(1) Czermak. — *Du laryngoscope et de son emploi.* 1860 p. 36.
(2) Moura — *Traité pratique de laryngoscopie*, 1864.
(3) Moura — *L'acte de la déglutition*, 1867.
(4) Fournié. — *Physiologie de la voix*, 1866.

Turck (1) trahit les difficultés de ses premières tentatives laryngoscopiques dans le long chapitre et dans les détails qu'il consacre aux moyens de lutter *contre la susceptibilité gutturale.* De guerre lasse, il se voit obligé d'en venir aux moyens coercitifs, et il a recours à son fameux *pince-langue.* Et pourtant il a eu occasion de constater l'influence du *maintien voulu* et de l'intégrité de la respiration, puisqu'il dit : « dans ces derniers temps, même dans le cas d'une *irritabilité excessive* des parties du gosier, je suis arrivé à mon but en faisant exécuter aux malades, à partir du moment de l'introduction du speculum, une suite non interrompue d'inspirations et d'expirations rapides et profondes. Par ce procédé, *les vomituritions ont été interrompues* pendant assez longtemps pour que j'aie pu apercevoir les cordes vocales (p. 39). » Ce fait important n'arrête pas autrement son attention, et quand il parle, dans un paragraphe spécial, de la *manière de régler sa respiration* (p. 24), il n'est pas même question de cette singulière influence. « Un grand nombre d'individus, dit-il, interrompent la respiration au moment de l'introduction du speculum, et même antérieurement à cette introduction, *en sorte que la dyspnée qui survient empêche l'investigation.* » Et, uniquement pour obvier à cette *dyspnée gênante* qui rend toute *durée* de l'examen impossible, il conseille « de faire respirer fréquemment le malade pendant plusieurs secondes et même plus longtemps, la bouche étant maintenue ouverte. » Mais pas un mot relatif aux difficultés de contact et à l'intolérance gutturale.

Mandl (2) ne voit dans les inspirations et expirations profondes et répétées, pendant l'examen qu'une manière de diminuer l'irritabilité par « l'air frais *aspiré* (p. 160).

C'est « en retirant légèrement l'instrument (le miroir laryngien) en avant, dit Ch. Fauvel, et en *faisant respirer le malade* que l'on parvient *souvent* à combattre la susceptibilité gutturale (3).

Malgré les difficultés signalées par tous les auteurs, tous affirment pourtant que « l'intolérance des malades, *si elle n'est pas provoquée par l'inexpérience du médecin* est beaucoup plus rare qu'on ne suppose. » (Mandl, p. 158). — Il faut donc

(1) Turck. — *Méthode pratique de laryngoscopie,* 1861.
(2) Mandl. — *Traité pratique des mal. du larynx,* 1872.
(3) Ch. Fauvel. — *Traité pratique des mal. du larynx,* 1876, p. 53.

qu'il y ait quelque *inconnue* à dégager dans cette prétendue susceptibilité gutturale, si sensible chez les uns, si indifférente chez les autres, et en tous cas, *d'une éducation si facile*.

La susceptibilité gutturale met en jeu toute une série d'agents musculaires qui, du voile palatin aux rubans vocaux, ou de l'isthme du gosier à la glotte vocale, remplissent le canal pharyngo-laryngien et en opèrent l'occlusion par un resserrement comparable à l'action d'un long sphincter.

Ces agents musculaires, de leur nature très mobiles, sont disposés de manière à obéir instantanément à trois excitations nerveuses, distinctes par leur siège :

1° Selon que le corps étranger veut pénétrer *ostensiblement*, en intrus, à l'*ouverture buccale*, comme l'abaisse langue, le miroir laryngien, etc. ;

2° Selon qu'il pénètre, avec les caractères de l'aliment ou d'un *corps à déglutir*, au niveau de l'*épiglotte*;

3° Selon qu'il s'introduit, *à notre insu*, jusqu'à la muqueuse qui tapisse le rebord des ligaments vocaux, comme dans la *dèglutition de travers*.

De là, des analogies entre le mécanisme des contractions réflexes de la *susceptibilité gutturale* et celui des réflexes de la *déglutition normale* et de la *déglutition de travers*.

Sans m'arrêter autrement sur ces analogies de mouvement, je dis que la *respiration* (mouvement respiratoire) est l'agent efficace qui ouvre et maintient ouvert, pendant l'examen laryngoscopique, le canal aérien, et j'ajoute que la *respiration voulue* (expiration) est la condition de la tolérance de la muqueuse gutturale au contact des instruments.

C'est dans l'étude de l'innervation de la région pharyngo-laryngée que l'on trouvera à se rendre compte des phénomènes de tolérance ou d'intolérance gutturales.

Cette innervation est fort complexe; des nerfs de premier ordre y concourent; ce sont le pneumo-gastrique, le spinal, le facial, le trijumeau, le glosso-pharyngien et le grand hypoglosse. Les anastomoses qui unissent les uns aux autres tous ces nerfs importants, rendent difficiles et laborieuses les observations qui permettraient d'isoler l'action de chacun d'eux; mais il est permis d'entrevoir que l'élucidation définitive du problème sera, dans un avenir prochain, l'une des conquêtes de la physiologie expérimentale.

Dès à présent, en effet, il paraît résulter des expériences de Cl. Bernard que certaines parties qui semblaient jusque-là soumises à une action *végétative* ou *involontaire* reçoivent aussi une innervation *volontaire.*

Tandis que le *pneumo-gastrique* préside aux mouvements musculaires du larynx et du thorax nécessaires à la respiration, *en tant que fonction végétative inconsciente* ou *involontaire*, analogue à la digestion, c'est probablement le *spinal* qui préside aux mêmes mouvements musculaires du larynx et du thorax nécessaires à la respiration *en tant que fonction de relation* ou *volontaire*, dans la voix, le chant, le cri, l'effort, etc., en un mot, dans ce que Mandl, à propos de la *tenue du son*, appelle la *lutte vocale.*

Le *moi*, conscient et volontaire, exerce donc une certaine action sur la fonction respiratoire, tandis qu'il est absolument sans action sur les autres fonctions analogues (digestion, circulation, etc.) Cette exception dans le mode d'innervation des fonctions dites végétatives est des plus remarquables.

Il en résulte que si les réflexes de la susceptibilité gutturale sont sous la dépendance de l'innervation *involontaire* et inconsciente de la vie végétative, nous avons cependant le pouvoir d'intervenir *volontairement* dans ces actes réflexes à l'aide de la fonction respiratoire. Nous pouvons maîtriser jusqu'à un certain point notre respiration, c'est-à-dire mobiliser *volontairement* des organes musculaires actuellement soumis à une mobilisation *involontaire.*

Or, l'exercice naturel de la *respiration* nécessite le plus complet relâchement de toutes les parties musculaires de l'arrière-gorge dont la contraction, en diminuant le calibre du canal respiratoire, rendrait le passage de l'air insuffisant ou impossible. — Et l'exercice de la *phonation* exige une certaine *règle volontaire* dans le débit de l'air expiré par suite d'une sorte d'équilibre nécessaire entre l'action des puissances expiratoires et des puissances inspiratoires.

L'action volontaire s'exerce donc surtout sur les muscles *expirateurs* qui sont les plus intéressés à la *phonation*, et sur tous les autres muscles du porte-voix guttural destinés à ouvrir ce dernier et à accroître le son.

Mais cette *mobilisation volontaire* de parties musculaires dont les contractions sont sous l'influence de deux innerva-

tions différentes, celle de la vie de relation et celle de la vie végétative, ne se fait pas sans difficultés ; elle ne s'opère pas comme les mouvements exclusivement volontaires (la préhension, la mastication, etc.) ; elle a à compter avec les réflexes de la vie végétative.

De là, une sorte de lutte entre la *mobilisation volontaire* et la *mobilisation réflexe* des muscles de l'arrière-gorge, et la victoire paraît dépendre du *degré d'intensité* de l'action nerveuse développée (1).

Ainsi, dans le cas *d'action réflexe très énergique,* comme dans le spasme glottique provoqué par le contact de la muqueuse du bord libre des cordes vocales par un corps étranger (déglutition de travers), l'incitation *involontaire* prime l'incitation *volontaire* et la mort par asphyxie, peut même être la conséquence de l'impuissance des mouvements *volontaires* de la respiration et de la persistance de la contraction glottique *involontaire.*

Au contraire, dans le cas d'*action réflexe faible,* comme dans les contractions automatiques de la simple susceptibilité gutturale provoquée par l'abaisse-langue, par exemple, l'incitation *involontaire* peut être primée par l'incitation *volontaire,* et sa défaite se traduit par le rétablissement facile de la respiration, si celle-ci a été interrompue, par le maintien intégral de cette fonction, en tout autre cas.

Maintenue *involontairement* en exercice, la respiration s'oppose à toute contraction réflexe de l'arrière-gorge.

Rétablie *volontairement* après son interruption, la respiration détruit à l'instant toute contraction réflexe gutturale déjà commencée.

On peut en effet comparer les contractions réflexes de l'arrière-gorge à de simples *crampes musculaires* ; et l'on sait que les crampes de la jambe, par exemple, cessent

(1) La quantité de mouvement dégagée dans un centre nerveux en activité où l'*intensité de la décharge nerveuse* varie suivant certaines conditions encore incomplètement connues. En général, elle augmente avec l'intensité de l'excitant; une faible excitation d'un centre moteur déterminera de faibles mouvements, une forte, des convulsions intenses. *Le mode d'excitation* ou la *nature* de l'excitant paraît jouer aussi un rôle important, mais encore indéterminé. (Beaunis, *Nouveaux éléments de physiologie humaine*, 1876, page 304).

presque instantanément, dès qu'on appuie fortement le pied sur le sol, la jambe étant étendue sur la cuisse, de manière à empêcher la contraction involontaire du muscle convulsé.

La *respiration phonétique* empêche de même les contractions *involontaires* des muscles de la gorge par une contraction *volontaire* de ces mêmes muscles.

En utilisant ces notions expérimentales, nous serons amenés à prolonger la durée de l'*expiration* et à raccourcir celle de l'*inspiration* pour vaincre les premières intolérances gutturales.

Il est facile, en *filant un son* par exemple, selon l'expression et la pratique des artistes chanteurs, de prolonger la durée d'une *expiration phonétique.*

Mais, parmi les sons vocaux, il en est qui ouvrent plus ou moins le pavillon vocal, et l'on sait, par exemple, que le son *œ*, êêê, l'imitation du *bêlement*, est l'artifice vocal qui efface le mieux tous les replis gutturaux et déprime le plus la base de la langue.

Un *bêlement méthodiquement prolongé* réalise donc une *expiration* qui doit, *en tant que mouvement volontaire*, neutraliser les mouvements *involontaires* de la susceptibilité gutturale.

Ce fait expérimental est en effet réel et constant.

Si, pendant un bêlement méthodiquement prolongé, on expérimente la tolérance gutturale, on constate l'indifférence parfaite de la langue au contact de l'abaisse-langue, et celle de la luette et du voile au contact du miroir laryngien.

Cette tolérance se maintient pendant toute la durée de cette expiration volontaire, mais elle cesse au moment de la reprise d'haleine (inspiration), pour se manifester de nouveau au cours de l'expiration suivante volontairement prolongée. Et l'on observe des alternatives de tolérance et d'intolérance en rapport avec l'expiration et l'inspiration.

On constatera ainsi que l'influence de la volonté est moindre sur l'inspiration que sur l'expiration.

Un assez grand nombre de personnes peuvent néanmoins, du premier coup, reprendre haleine sans aucune contraction réflexe; d'autres, plus impressionnables, éprouvent quelques contractions gutturales à la reprise d'inspiration; quelques-unes enfin ont une réelle difficulté à reprendre haleine, *avec l'instrument explorateur dans la bouche.*

Il suffit généralement de quelques exercices méthodiques pour parvenir à reprendre haleine sans contraction réflexe, pendant l'examen; et, dès lors, l'examen laryngoscopique se fait à loisir, au cours d'une respiration régulière et *volontairement réglée.*

C'est à n'en point douter, ce rétablissement de la respiration naturelle et le maintien intégral de cette fonction qui explique l'incroyable tolérance de la muqueuse gutturale au cours d'explorations ou d'opérations chirurgicales intralaryngiennes longues et laborieuses, pendant lesquelles il n'est jamais question des spasmes glottiques de la déglutition de travers ou des contractions pharyngiennes d'une première exploration maladroite.

Les règles pratiques de laryngoscopie qui résultent de ces faits d'observation et d'expérimentation, sont maintenant faciles à déduire.

On s'exercera à imiter le *bêlement grave prolongé*, qui a le double avantage d'ouvrir très largement le canal pharyngo-laryngien et de nécessiter l'expiration *volontairement réglée;* et l'on se rendra bien compte de la *quantité de volonté* nécessaire à la plus parfaite et *naturelle* émission de ce son vocal.

Puis on commencera à tâter la tolérance gutturale, *au cours de ce bêlement prolongé.*

Ainsi, on appliquera l'abaisse-langue ou bien le miroir laryngien, sans chercher encore à en utiliser l'introduction autrement que pour en faire accepter le contact. Cette première application, faite sans brusquerie mais sans hésitation, ne sera pas prolongée jusqu'à épuisement de l'air expiré, afin d'éviter le *besoin* de la reprise d'haleine.

La tolérance inattendue de la muqueuse touchée bien constatée, on essayera dans les exercices suivants, de *reprendre haleine, sans retirer l'instrument.* Ces reprises d'haleine seront rapides et profondes pour permettre de nouvelles et longues expirations.

Avec un peu de dextérité manuelle et quelques exercices méthodiques, on n'éprouvera aucune difficulté sérieuse dans l'examen laryngoscopique.

La principale difficulté consiste, il faut bien le savoir, à maîtriser assez la respiration pour la maintenir *naturelle* pendant toutes les manipulations gutturales. Quand on par-

vient à se rendre bien compte de l'intervention de la volonté dans les mouvements respiratoires, quand on devient capable de *mobiliser volontairement* des parties mobilisables *involontairement*, on sera étonné de l'indifférence de contact de la muqueuse gutturale.

Tout se réduit donc à *respirer naturellement*, pendant l'examen, sans contraction diaphragmatique involontaire et surtout à faire de *lentes et longues expirations*.

Avec cette simple précaution, tout le monde peut à loisir se livrer à l'auto-laryngoscopie. C'est en effet sur lui-même que le médecin doit d'abord étudier ce mécanisme intéressant, d'influences nerveuses réciproques ; et ces premiers essais sont rapidement encouragés par les premiers et faciles résultats obtenus. On arrive vite en effet à pouvoir impunément toucher, pincer sa luette, pendant une lente expiration volontairement réglée ; comme dans le bêlement, par exemple.

On ne tardera pas à observer que les contractions réflexes gênantes commencent toujours par un arrêt dans *l'expiration*, et cette interruption involontaire a son point de départ dans une *contraction diaphragmatique* analogue à celle du début de la nausée.

On doit donc s'attacher à surveiller cette tendance diaphragmatique; la moindre contraction se traduira par une altération du son vocal émis. L'intégrité ou l'altération de ce son vocal sera donc le criterium de l'expérience, le signe certain de l'utile action exercée par la *volonté* sur les contractions réflexes du diaphragme. Tant que l'on maintiendra bien naturel le son vocal émis (bêlement, par ex.), c'est-à-dire, tant que la *volonté* conservera la direction intégrale de l'*expiration*, la tolérance gutturale sera absolue. Dès que le son vocal émis cessera d'être bien naturel, dès qu'il s'altèrera, en devenant guttural, dès qu'il rappellera, par exemple, le son vocal qui accompagne quelquefois la nausée, c'est-à-dire, dès que la *volonté faiblira*, dès qu'elle perdra la direction de l'expiration, la tolérance gutturale disparaîtra rapidement, et les mouvements involontaires de l'arrière-gorge primeront ces mouvements volontaires.

Chaque pas fait avec attention et intelligence dans ces exercices autoscopiques, apporte, d'ailleurs, sa récompense et bientôt on arrive à promener son regard jusque dans les profondeurs les moins accessibles de sa propre trachée.

Une fois bien exercé à l'auto-laryngoscopie, on pratiquera l'examen sur autrui. Celui-ci ne demandera plus alors que de la patience ; il ne sera pas autrement difficile.

Beaucoup de personnes, même des femmes et des enfants, sont très aisément et très complètement laryngoscopés, dès la première séance; quant aux personnes les plus réfractaires en apparence, il faudra surtout s'adresser à leur imagination, les distraire de l'examen, en un mot, s'emparer de leur état mental. Il faut se borner, d'abord, à des séances préparatoires destinées à leur apprendre à manœuvrer leur pharynx. De temps en temps, autant que possible, devant témoins, on introduira très légèrement, soit l'abaisse-langue, soit le laryngoscope. Le témoignage d'un tiers est utile pour convaincre le patient de cette introduction, car il n'en a pas généralement conscience.

Avant toute exploration gutturale, il faut toujours s'assurer de la coopération complète et *volontaire* du patient. Pour en être certain, il est indispensable, répétons-le, de lui faire filer un son bien naturel, comme le bêlement. Si le son n'est pas *parfaitement naturel* c'est qu'il y a quelque contraction réflexe ; et il faut la faire cesser. La qualité *normale* du son vocal donnera le degré de coopération complète ou incom plète du patient. Dès que celui-ci se sera bien convaincu de l'innocuité absolue de l'exploration, il se prêtera sans peine et aussi longuement que l'on voudra à toutes ses exigences.

Souvenez-vous que toute brusquerie d'exploration gutturale est une brutalité qui peut rendre impossibles des explorations ultérieures en déterminant des vomiturítions à la seule *vue* de l'instrument explorateur dirigé vers la bouche. Les réflexes de l'excitation gutturale sont d'autant plus difficiles à vaincre qu'ils ont été déjà mis en jeu ; il en résulte ce que Traube à appelé la *nausée mentale*, avec laquelle il faut quelquefois compter.

La répétition *méthodique* des contacts gutturaux produit rapidement, par une sorte d'accoutumance, l'indifférence des organes. L'*habitude* s'établit, et, comme tous les observateurs l'ont remarqué, les premiers essais sont les seuls laborieux.

C'est donc l'*habitude de contact*, favorisée, je le crois, par des *respirations volontaires* qui permet la laryngoscopie journalière et toutes les manipulations intra-laryngiennes.

En concentrant l'attention du malade sur le timbre normal de la voix à émettre, on le fait *respirer*, d'une manière plus ou moins inconsciente, mais certainement *volontaire*, puisqu'il doit régler lui-même la quantité d'air expirée et l'intensité du courant; et, par là, on le rend insensible aux attouchements gutturaux.

Quant aux moyens locaux plus ou moins anesthésiques tour à tour posés, ils sont inefficaces et inutiles; dans une pratique de vingt années, je ne m'en suis jamais servi, n'en ayant jamais eu besoin. Ils ne sauraient avoir d'autre action que d'habituer la muqueuse gutturale au contact de l'instrument qui les applique, et de rassurer le patient, en agissant sur son imagination.

Dans les cas tout-à-fait exceptionnels, les réfrigérants et le bromure de potassium, en applications gutturales, ont donné les résultats les plus constants d'anesthésie locale.

Dr GUINIER.

Revue Bibliographique.

Des lésions du larynx chez les tuberculeux

Par le Dr JOAL (du Mont-Dore).

I. — Des divers groupes de laryngites admis par les auteurs, le plus intéressant à coup sûr, est celui qui comprend les laryngites liées à la tuberculose; aussi a-t-il paru utile au docteur Joal de savoir dans quelles proportions exactes, par rapport aux autres affections du larynx, se présentaient les lésions laryngées chez les phthisiques. D'après un relevé fait par le docteur Coupard, sur un millier de malades pris au hasard par séries de 100 dans le registre d'observations de M. le docteur Fauvel, 229, soit 23 0/0, avaient des lésions qui se rattachaient à la tuberculose.

De là l'importance de bien reconnaître l'affection au début pour lui opposer un traitement convenable.

M. Joal divise les lésions laryngées des phthisiques en deux classes :

1° Lésions catarrhales, étrangères à tout processus tuberculeux;

2° Lésions d'origine et de nature tuberculeuse.

Rappelant que Louis avait nié l'existence de granulations tuberculeuses dans le larynx, tandis qu'à l'heure actuelle, des idées diamétralement opposées ont cours dans la science, M. Joal rejette complètement, exception faite de la laryngite ulcéreuse qu'il est bien près de croire toujours d'origine tuberculeuse, la doctrine purement hypothétique soutenue par Dolléris, pour lequel la pathogénie de la laryngite, même la plus légère, serait intimement liée à un processus tuberculeux.

Il cite à l'appui de sa manière de voir un cas de laryngite catarrhale chez un tuberculeux, et nous savons du reste que ces faits ne sont nullement exceptionnels.

II. — *La laryngite catarrhale des phthisiques* fébrile ou apyrétique, revêt ordinairement un caractère subaigu, les symptômes pouvant se développer avec une extrême acuité. La forme la plus commune est celle qui, après avoir débuté par une période subaiguë, aboutit à la chronicité. Elle est susceptible de guérir, ou bien elle peut devenir ulcéreuse et le plus souvent alors la maladie s'est transformée en *phthisie larygée.*

Suivent les causes et les symptômes de cette maladie et son diagnostic avec la phthisie laryngée.

La marche du *catarrhe chronique* semble à l'auteur étroitement unie à celle de la lésion pulmonaire dont elle suit l'évolution.

Bien plus, ce dernier peut être une cause de tuberculisation, en produisant l'insuffisance de l'alimentation aérienne ou l'inanition par les voies respiratoires, à l'instar des autres affections pulmonaires signalées par M. le professeur Peter, dans ses remarquables leçons cliniques.

Les cas de laryngite chronique suivie de phthisie ne sont point rares ; l'auteur en cite en effet deux cas dont il rapproche celui cité par M. Peter et Krishaber, dans leur article du *Dictionnaire encyclopédique.*

III. — Cependant, il est justement surpris de ne trouver dans cet article aucun renseignement sur les akinésies des cordes vocales dont les docteurs Moure, Lemarchand, Martel et Boisson ont cherché à expliquer le mécanisme, troubles qui dans certains cas doivent être rattachés à la laryngite aiguë ou chronique, mais qui peuvent aussi se manifester en dehors de toute lésion laryngée, même de nature tuberculeuse.

Pour lui, les paralysies du larynx survenues dans le cours de la tuberculose pulmonaire, peuvent, au point de vue étiologique, être divisés en :

1° Paralysies dues à une lésion anatomique des différents tissus qui constituent le larynx (catarrhe prolongé, inflammations de nature tuberculeuses à leurs diverses périodes);

2° Paralysies produites par une altération ou une compression des nerfs laryngés, sur leur trajet extra-laryngé (infiltrations tuberculeuses du sommet des poumons, exsudats pleurétiques, hypertrophie des ganglions trachéo-bronchiques);

3° Paralysies fonctionnelles, dyscrasiques, tenant à des influences occasionnelles variables et à un état général de l'organisme (déchéance constitutionnelle).

Les paralysies de cette dernière classe sont le plus souvent bilatérales, tandis qu'il n'en est pas de même pour les paralysies des deux autres classes.

Ces paralysies, dont nous n'énumèrerons pas les symptômes, s'observent aux différentes périodes de la phthisie laryngée.

Bien que l'aphonie nerveuse puisse, chez quelques sujets délicats en imposer pour une tuberculose laryngée, il ne faut point généraliser le fait, et l'auteur pense qu'il est des cas où la première lésion du larynx est une paralysie des muscles laryngiens.

M. Joal signale encore la congestion assez fréquente de la muqueuse de l'organe vocal dans le cours de la phymie, congestion qui n'a point encore été décrite et qui sera pour lui l'objet d'une étude ultérieure.

IV. — Dans le larynx, le processus tuberculeux peut au début, prendre la forme granuleuse ou surtout la forme infiltrée; dans tous les cas, l'ulcération est le dernier terme de la tuberculose laryngée. Il a été dit déjà que les phthisiques sont frappés par cette dernière dans un cinquième des cas, moyenne des chiffres donnés par Heinze (30 p. 100) et par Wllligk (14 p. 100).

La phthisie du larynx peut être primitive ou consécutive. La première est assez rare et l'on ne devra se prononcer qu'après le plus minutieux examen des sommets du poumon.

La seconde se montre aux différentes périodes de la tuberculose pulmonaire dont elle accentue la marche, accélère l'évolution et hâte le dénoûment. S'il est vrai que la maladie revête une forme lente, l'auteur croit que cette dernière est de beaucoup la plus rare, et que, dans ce cas, il s'agit souvent d'une laryngite chronique simple, opinion qu'il nous serait cependant difficile de partager,

Admettant en principe la division de la marche de la maladie en trois périodes, il critique la division d'Isambert en : 1° catarrhale et épithéliale; 2° ulcérative et œdémateuse; 3° suppurative et nécrosique; et propose la suivante comme plus conforme à l'anatomie pathologique et à la clinique, et indiquant même quels sont les tissus envahis par le processus :

1° Une période superficielle ou épithéliale;

2° Une période intermédiaire ou dermique;

3° Une période profcnde ou sous-muqueuse.

Dans le premier stade, il place les troubles vasculaires, les desquamations qui constituent la période catarrhale d'Isambert; dans le second, les phénomènes dus au travail ulcératif qui détruit la muqueuse; l'œdème et la suppuration s'y rattachent ; enfin, dans le troisième, les lésions qui attaquent les tissus sous-jacents à la muqueuse.

Puis il indique rapidement les signes laryngoscopiques propres à chaque période et que nous ne pouvons reproduire.

A propos de l'œdème glottique, l'auteur, sc basant encore sur son observation personnelle, repousse, en tant que s'adressant au genre, la dénomination de *sclérose*, qui ne saurait convenir qu'à l'espèce, et que MM. Dolléris et Gouguenheim ont voulu substituer à celle d'œdème mou. Avec le docteur Moure, il continuera à se servir de ce dernier terme, en attendant une expression plus heureuse.

Suit alors une esqui rapide des symptômes rationnels. Arrivé au symptôme expectoration, l'auteur se demande si le sang contenu dans les crachats, dans le cas de phthisie laryngée, a toujours une origine pulmonaire, comme l'ont affirmé MM. Bordenave et Fauvel, ou bien s'il peut être le fait des altérations laryngées. D'après lui, les laryngorrhagies de nature tuberculeuse, quoique très rares, n'en existent pas moins, et il en donne pour preuve trois faits d'expectorations sanguinolentes, qui méritent à peine le nom de laryngorrhagie.

L'hémorrhagie se fait à la surface des ulcérations, et surtout chez les vieillards. Mais il n'a jamais observé d'hémorrhagies laryngées chez les phthisiques, en dehors de la période ulcéreuse de la tuberculose de l'organe vocal.

En résumé, la brochure de M. Joal est non-seulement un résumé fidèle des lésions observées dans le larynx des tuberculeux, mais elle contient aussi quelques idées nouvelles que l'observation viendra très probablement confirmer.

Concrétions muqueuses de la partie postérieure des fosses nasales,

Par le docteur A. Vérité.

Tel est le titre d'une note succincte lue à la Société de chirurgie par M. le docteur Vérité, qui présente en même temps des concrétions muqueuses provenant de trois malades atteintes

d'affections cutanées. Ces concrétions, signalées par M. Duplay, ont la forme de cupules ou de godets un peu allongés ; elles se forment dans un laps de temps qui varie entre trois et huit jours et se traduisent :

1° Par une douleur profonde siégeant à la naissance du nez, à la région sus-orbitaire et frontale, s'irradiant même jusqu'à la voûte du crâne;

2° Par une grande gêne, de la sécheresse, un enchifrènement particulier et un pincement a l'intérieur du nez.

Ces croûtes, cause d'efforts d'inspiration et d'expiration, sont ordinairement expulsées par la bouche à la suite d'une toux pénible et saccadée.

M. le docteur Vérité, se fondant sur ce que deux de ses malades avaient un eczéma nummulaire ; l'autre, un urticaire chronique pseudo-exanthématique et éprouvaient souvent à la gorge la sensation d'âcreté et de sécheresse douloureuse spéciale à l'angine arthritique ; s'autorisant, en outre, de renseignements fournis par plusieurs de ses confrères, il établit des relations entre les dermatoses et cette affection des fosses nasales, ainsi que l'ont signalé plusieurs auteurs, et il pense que le nom de *coryza arthritique* conviendrait bien à cette maladie, réservant celui de *coryza eczémateux* aux éruptions vésiculeuses. M. le professeur S. Duplay, rapporteur de cette note, accepte cette interprétation.

Le traitement doit consister :

1° En irrigations d'eau tiède légèrement salée, faites chaque jour par le procédé de Weber;

2° Contre l'affection générale, les bains alcalins, et l'arséniate de soude à l'intérieur.

A. Ducau.

Revue de la Presse

De l'otite diabétique, par M. Maurice Raynaud. — L'attention des médecins fortement attirée depuis quelques années snr les troubles oculaires qui compliquent souvent le diabète sucré, paraît s'être porté beaucoup moins sur les désordres de l'appareil de l'audition qui peuvent se montrer au cours de cette maladie.

Il ne s'agit pourtant pas d'une rareté pathologique, car l'otite diabétique est plus fréquente qu'on ne le croit généralement, et une fois bien connue, elle pourra devenir un des indices révélateurs de l'affection ; comme l'anthrax, le phlegmon diffus

et certains érythèmes des parties génitales. Le cas rapporté par l'auteur est un cas type pour ainsi dire, et presque trop complet pour pouvoir servir d'exemple. Il s'agit d'un homme de 47 ans, très émacié, et présentant tous les symptômes classiques du diabète. La quantité d'urine rendue au moment de l'entrée du malade à l'hôpital, était de 7 litres dans les 24 heures ; leur densité 1,036. La quantité de sucre atteignait 85 grammes par litre, soit 585 grammes par 24 heures. Peu de temps après son arrivée, le malade fut atteint d'anasarque qui parut procéder par poussées successives, sans *présenter jamais la moindre altération rénale*, ni aucun désordre du côté du cœur. Le malade était depuis 15 jours à l'hôpital et son anasarque diminuait, lorsque le 27 janvier, à 7 heures du soir, il fut pris brusquement d'une vive douleur à l'oreille droite, sans cause appréciable ; cette douleur augmenta rapidement d'intensité, et à minuit survint une hémorrhagie assez abondante par le conduit auditif externe, suivie d'un soulagement très marqué.

Le lendemain, il s'écoulait par l'oreille une sérosité sanguinolente qui tombait goutte à goutte. Cet écoulement abondant persista les jours suivants moins teinté. Le liquide qui s'écoulait était louche, contenant quelques leucocytes, de l'albumine, mais *point de sucre*.

A l'examen, le tympan apparaît recouvert d'une exsudation blanchâtre, d'apparence pseudo-membraneuse, et vers la partie supérieure on voyait sourdre le liquide par une petite perforation. Le malade était sourd de ce côté.

L'écoulement diminua peu à peu, mais un léger suintement persista jusqu'à la mort du malade qui survint 23 jours après le début des accidents du côté de l'oreille.

L'autopsie, faite par M. Ladreit de Lacharrière, permit de constater :

Une assez large perforation dans le segment antérieur du tympan ;

La muqueuse de la caisse est rouge, fongueuse et saignante ;

La caisse contient un liquide rosé et purulent ;

Les osselets ne sont pas disjoints, mais ils sont enveloppés par les fongosités de la caisse ;

Un petit caillot sanguin existe près de l'étrier ;

Les cellules mastoïdiennes sont pleines d'un liquide roussâtre contenant des globules de pus ;

La muqueuse qui les tapisse est rouge et ramollie ;

La substance osseuse très injectée, marbrée par place, présente tous les caractères de l'inflammation du tissu osseux ;

Le vestibule, le limaçon et les canaux semi-circulaires, sont sains.

L'otite dont il vient d'être question, présente comme physionomie spéciale, le début brusque, l'hémorrhagie suivie d'un soulagement immédiat et la sortie d'une quantité considérable de liquide séro-sanguinolent d'origine inflammatoire.

Le fait le plus important est l'altération profonde du tissu osseux mastoïdien, véritable ostéite du rocher, qui avait, sans nul doute, été le point de départ de l'inflammation qui s'est ensuite propagée vers l'extérieur. (*Ann. des mal. de l'or. et du lar.*, mai 1881).

De l'otorrhée et de son traitement, par le Docteur Weil, de Stuttgard. — L'auteur commence par faire remarquer que les otorrhées peuvent amener des méningites, des abcès du cerveau, des thromboses, de la pyohémie ; etc., ces terminaisons fâcheuses ne sont pas fréquentes ; mais comme on ne peut pas les prévoir, il faut toujours soigner les otorrhées.

Jusqu'ici le traitement se bornait à des injections simples, astringentes ou antiseptiques; l'acide borique préconisé par Betzold l'emporte de beaucoup en efficacité sur cette médication. L'otorrhée aiguë ou chronique est curable et quelquefois très rapidement par quelques applications de cet acide. On amène, autant que possible, le pus du fond vers le conduit auditif par le procédé de Politzer (celui de Roustan conduirait au même résultat); ensuite on injecte dans l'oreille une solution salée faible et tiède, ou si l'on veut, une solution d'acide borique à 4 p. 100 qu'on étanche avec des tampons d'ouate. S'il n'y a pas de polype, on remplit autant que possible l'oreille avec de l'acide borique en poudre fine à l'aide d'un appareil à insuffler des poudres ou avec un simple tuyau de plume, puis on ferme le conduit avec de la ouate. Cette poudre cause souvent des bourdonnements peu après son application. On recommence chaque fois que la poudre est devenue humide, ce qui ne peut guère se faire exactement que dans une clinique. La guérison est très rapide, parfois il ne faut que quelques jours ; l'odeur se perd généralement, après la première fois ; ordinairement il suffit en tout de trois ou quatre semaines. Dans quelque cas la sécrétion augmente et prend un caractère séreux.

L'acide borique n'a aucun effet, quand il y a carie, polype ou scrofule bien établie. Uni à l'alun, par portions égales, il détruit les petites végétations ; s'il y en a de plus grandes, on doit les cautériser (galvano-cautère, chlorure ferrique, acide chromique), et enlever les granulations un peu importantes avec un fil métallique.

Politzer recommande l'alcool rectifié contre les polypes. Aussitôt qu'ils sont détruits, on doit employer l'acide borique qui est

également très bon contre l'otite externe. Contre l'eczéma humide de l'oreille, l'auteur emploie une pommade salicylée ; cette médication serait très efficace contre l'eczéma récent et même contre l'eczéma chronique.

Il conclut en ces termes : les otorrhées sont surtout la conséquence des maladies infantiles, des catarrhes de l'arrière-gorge, de la diphtérite, du coryza, etc. Elles deviendront plus rares, quand, dans ces affections, on se décidera à mieux traiter et surveiller l'oreille et l'arrière-gorge.

Dans le traitement de l'otite moyenne, après la scarlatine et la rougeole, le point principal paraît être la perforation faite à temps, même quand on n'aperçoit pas de pus derrière le tympan. *(Deust. med. zeit. et Conc. méd.* 11 juin 1881).

Première opération intra-laryngienne pendant le sommeil anesthésique. Extirpation d'un polype du larynx chez un enfant de huit ans, par le Dr Schnitzler. — Il s'agissait d'un papillome de la corde vocale inférieure gauche ; l'anesthésie fut pratiquée avec de l'éther. Un aide tenait l'enfant sur ses genoux, pendant qu'un deuxième pratiquait la narcose, un troisième maintenait la bouche de l'enfant ouverte, au moyen d'un dilatateur spécial et attirait la langue au dehors, de telle sorte que l'opérateur pouvait facilement appliquer le miroir laryngoscopique. Malgré les mucosités, M. Schnitzler introduisit très facilement la pince à polype et arracha la tumeur. L'opération dura environ trois minutes. Une fois l'opération achevée l'enfant s'éveilla de lui-même n'ayant aucun souvenir de ce qui s'était passé. Quelques minutes après survint une hémorragie assez considérable, que des inhalations au perchlorure de fer 1 p. 100 suffirent à arrêter. (*Vien. med. Presse*, 1880, nos 48 et 49.)

NOTA. — La table des matières de la *Revue* ne sera envoyée qu'à la fin de l'année, et le premier volume comprendra les années 1880-81.

Le propriétaire-gérant, Dr E.-J. Moure.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. Bellier, rue Cabirol, 16.